

**М.Л. Лапотко**

УО «Белорусский государственный  
медицинский университет»,  
г. Минск

## Органосохраняющее хирургическое лечение доброкачественных заболеваний матки

*В настоящее время миома матки все чаще выявляется у женщин 20 –30-летнего возраста, когда не реализована репродуктивная функция. В связи с чем становится актуальной проблема разработки и внедрения в практическое здравоохранение органосохраняющих оперативных технологий, в частности консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста. В статье представлены сравнительные результаты органосохраняющих операций при доброкачественных заболеваниях матки с использованием различных хирургических доступов с учетом клинко-морфологических особенностей миомы матки, оперативной травмы, степени кровопотери, восстановления менструальной и репродуктивной функции. Всего под наблюдением находилось 60 пациенток, которые были распределены на две группы. В первую группу (35 женщин) – вошли больные, которым проводилась лапаротомия с типичной миомэктомией, во вторую группу (25 женщин) вошли пациентки, оперированные методом лапароскопии. Результаты органосохраняющего хирургического лечения больных лейомиомой матки свидетельствуют о целесообразности и эффективности выполнения микроинвазивных оперативных вмешательств у молодых женщин, что создает благоприятные условия для дальнейшей реализации репродуктивной функции.*

Миома матки относится к наиболее часто встречающейся доброкачественной опухоли женских половых органов и занимает значительное место среди патологии репродуктивной системы [2,4]. По данным различных авторов лейомиома матки наблюдается у каждой 4–5 женщины, или примерно у 25% женщин старше 30 лет [6,7]. Однако невозможно точно определить ее частоту в связи с отсутствием клинических проявлений у большинства больных женщин. В последние годы в гинекологических стационарах Беларуси выполняется до 70% оперативных вмешательств по поводу миомы матки. В соответствии с исследованиями Савицкого Г.А. (2000) почти у 20% современных женщин в возрасте старше 19 лет удалена матка, причем 70% из них составляют возрастную группу от 30 до 40 лет. В настоящее время становится очевидной проблема совершенствования техники органосохраняющих операций при миоме у молодых женщин [1,3,8].

В последние годы появился новый взгляд на проблему возникновения и развития этой доброкачественной опухоли матки – с позиций анализа нарушений межклеточных взаи-

модействий [3,4]. Особое внимание уделяется факторам роста, большинство из которых стимулирует пролиферативную активность клеток. В результате определенного дисбаланса в сложной системе взаимосвязей различных ростовых факторов и происходит, по мнению Пальцева М.А. и Иванова А.А., (1995) формирование и развитие узлов миомы.

Целью исследования явилось изучение интраоперационных методик, снижающих оперативную травму и объем кровопотери с учетом клинко-морфологических особенностей миомы матки и восстановления менструальной и репродуктивной функции.

Под наблюдением находилось 60 больных, перенесших органосохраняющие операции по поводу миомы матки, которые были разделены на две группы. В первую группу (35 женщин) – вошли больные, которым проведена лапаротомия с типичной миомэктомией, во вторую группу (25 женщин) вошли пациентки с лапароскопической миомэктомией. Возраст больных находился в пределах от 20 до 47 лет. Средний возраст пациенток I группы составил  $34 \pm 9,3$  лет, женщин II -ой группы –  $33 \pm 5,7$  лет.

Всем больным проводилось полное предоперационное обследование. Оценка жалоб, анамнестических и клинических данных, заключений ультразвукового сканирования и доплерографического исследования кровотока в сосудах органов малого таза использовались нами для определения показаний к оперативному лечению миомы матки и выбора доступа для проведения оперативного вмешательства.

В последние годы удаление доброкачественной опухоли матки, кроме традиционного доступа, все чаще проводится с использованием эндоскопического оборудования. Однако, несмотря на широкое распространение органосберегающего хирургического лечения доброкачественных заболеваний матки, до настоящего времени отсутствуют единые критерии для выбора оптимального доступа и метода операции. С учетом мнения Corson S.L., Brooks P.G. (1991) оперативный доступ может быть любой – лапаротомный или лапароскопический – в зависимости от размеров опухоли, локализации узлов, сопутствующей патологии и, что чрезвычайно важно, от квалификации хирурга и наличия необходимого оборудования. П. Сырбу (1984) считает, что технических противопоказаний к выполнению консервативной миомэктомии нет, она показана всем менструирующим женщинам. Синдром гиперполименореи, приводящей к анемизации, выявлен был у большинства обследованных нами женщин. Первичное беспло-

дие отмечали 8 (22,9%) женщин I группы и 6 (24%) пациенток – II группы.

Длительность миомы матки до 5 лет отмечена у 20 (57,1%) обследованных женщин I группы и у 20 (80%) обследованных II -ой группы; более 5 лет – у 15 (42,9 %) и у 5 (20%) пациенток I и II групп соответственно. Причем быстрый рост опухоли наблюдался у 19 (54,3%) больных, оперированных традиционно, и у 17 (68%) женщин с лапароскопическим доступом. Размеры матки с миоматозными узлами, соответствующие 8–14 недельной беременности, обнаружены у 10 (28,6%) пациенток I группы и у 8 (32%) – II группы. Причем единственные узлы миомы обнаружены в 42,9% и в 72% у женщин I и II групп, в то время как множественная миома матки отмечена у 57,1% и у 28% пациенток I и II групп соответственно.

Развитие миомы в большинстве случаев (63%) характеризовалось множественным ростом путем образования зон роста вокруг мелких сосудов, в основном артериол. Этим, вероятно, обусловлена неравномерность гипертрофии волокон миометрия за счет растяжения их растущими опухолевыми узлами, что определяется числом, размерами и локализацией узлов миомы. Варикозное расширение маточных вен по данным ультразвукового доплерографического исследования сосудов выявлено у 4 (11,4%) обследованных I группы и у 2 (8%) – II группы. Отмечалось изменение нормальной архитектоники капиллярной сети миометрия с формированием венозных синусов, депонирующих большое количество крови. При этом размеры матки во всех случаях превышали 12 нед. беременности.

Основными показаниями к оперативному лечению миомы матки при условии сохранения репродуктивной функции являлись: быстрый рост опухоли, множественная миома матки, нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи, а также факт наличия миомы матки как причины первичного бесплодия. Критериями выбора доступов оперативного вмешательства являлись размеры и характер роста миоматозных узлов.

Из 60 оперированных у 38 (63,3%) женщин лапароскопически удалены субсерозные и интерстициально-субсерозные миоматозные узлы, не превышающие в диаметре 4–5 см. Отдельные субсерозные миоматозные узлы после фиксации зубчатыми щипцами отделяли от матки, коагулируя ножку, после чего пересекали ее ножницами. Удаление узлов из матки проводили через троакарное или кольпотомное отверстие. Интерстициально-субсерозные миоматозные узлы удаляли путем декапсуляции и энуклеации с поэтапной коагуляцией кровоточащих сосудов ложа. При значительном размере ложа для формирования полноценного узла наряду с электрохирургической коагуляцией накладывали эндоскопические двухрядные швы.

Интерстициальные множественные миоматозные узлы, расположенные преимущест-

венно по задней и боковой стенкам матки, размерами от 5 до 10 см в диаметре удалялись методом лапоротомии у 22 (36,7%) оперированных больных. При этом восстановление целостности тканей матки над раневым ложем проводилось непрерывным двухрядным швом.

У 8 (13,3%) пациенток во время миомэктомии была обнаружена сопутствующая патология: спаечный процесс органов малого таза, поликистозная дегенерация яичников, паровариальные кисты яичников, что явилось основанием для проведения адгезиолизиса и сальпингостомии у 2 (3,3%) оперированных, клиновидной резекции яичников у 3 (5%) больных, цистэктомии у 3 (5%) женщин.

Длительность оперативного вмешательства у женщин I и II групп составила  $109,5 \pm 5,2$  мин. и  $105,1 \pm 6,3$  мин соответственно.

Объем кровопотери при лапаротомии в среднем равен  $615 \pm 45,8$  мл, при лапароскопии –  $149 \pm 6,7$  мл. С целью уменьшения интраоперационной кровопотери у больных первой группы в качестве вазоконстрикции проводилось интраоперационное внутривенное капельное введение дицинона и окситоцина.

Для профилактики инфекционных осложнений больным обеих групп вводились интраоперационно внутривенно-капельно антибиотики цефалоспоринового ряда 2 г (суточная доза), в дальнейшем антибиотикотерапия продолжалась внутримышечно по 1 г 2 раза в день, причем женщинам I группы в течение 5-ти дней, больным II группы в течение 3-х дней.

На 2-е сутки послеоперационного периода степень анемизации, оценивающаяся по уровню гемоглобина, была наиболее выраженной в I группе больных. Средние показатели гемоглобина у женщин I группы снижались на 25% от исходного уровня, в то время как у больных II группы – лишь на 5% от исходных показателей. К 7-м суткам послеоперационного периода уровень гемоглобина практически восстанавливался у всех оперированных. Характерных изменений АЧТВ не было зарегистрировано.

Выписка из стационара после операции пациенток I группы осуществлялась на 9–11 сутки, в то время как женщин II группы – на 6–8 сутки.

Через месяц после операции продолжительность менструации, составила в среднем 3–5 дней, причем менструальная кровопотеря значительно уменьшилась в объеме. Практически у всех обследуемых отмечен двухфазный характер менструального цикла, свидетельствующий о наличии овуляции.

Всем женщинам после операции рекомендовались агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов (диферелин, золадекс в дозе 3,6 мг), которые в форме депо-капсулы продленного действия вводились с помощью шприца-аппликатора на 5 день менструального цикла в течение 3 месяцев. Послеоперационное назначение агонистов ГнРГ способствовало выключению оперированной матки из функцио-

нального процесса, что способствовало лучшему заживлению матки, формированию полноценного рубца и предупреждению дальнейшего прогрессирования миомы матки.

Полноценный менструальный цикл после отмены анонистов ГнРГ отмечен у 31 (88,6%) наблюдаемой женщин в I группе и у 22 (88%) во II группе. Овуляция контролировалась по наличию доминирующего фолликула при сонографии (жидкостная полость в диаметре от 18 до 22 мм). Кроме того, контрольное ультразвуковое исследование проводилось для оценки состояния оперированной матки в обеих возрастных группах спустя 3 и 6 месяцев после операции. Общие размеры матки до операции у 42 (70%) пациенток соответствовали 8-10 нед. беременности, у 18 (30%) – 11-14 нед. беременности. Наблюдалась следующая динамика инволюции матки в I группе. Спустя 3 месяца у 33 (94,3%) пациенток размеры матки соответствовали 4-5 нед. беременности, а через 6 месяцев – норме. Ни в одном случае не визуализировались рубцовые изменения тканей матки, что оставляло бесспорным вопрос о планировании беременности. Спустя полгода после миомэктомии в 2 (5,7%) случаях визуализировались ложа удаленных узлов, что ставило под сомнение вопрос о планировании беременности. У 24 (96%) пациенток, прооперированных эндоскопически размеры матки спустя 3 месяца соответствовали 5-6 нед. беременности. В 1 (4%) случае спустя полгода обнаруживались послеоперационные дефекты структуры миометрия.

Для сравнения клинического течения и прогнозирования рецидивирования миомы матки при различных вариантах развития опухоли все больные, включенные в исследование, были разделены на две группы: 1-я – 79% пациенток с простой миомой матки, 2-я – 21% больных с пролиферирующей миомой матки. Следует отметить, что больные с пролиферирующей миомой значительно чаще имели нарушения менструальной функции, чем пациентки с простой миомой. Наиболее часто встречалась гиперполименорея: 58,3% и 24,1% соответственно по группам. Большинство пациенток (78%) с простой миомой матки имели 1-2 миоматозных узла небольших размеров, в то время как у 76% больных с пролиферирующей миомой матки обнаружены множественные миоматозные узлы больших размеров. У пациенток с пролиферирующей миомой матки имел место множественный характер роста: подслизистая (39,3%) и межмышечная (77,3%) локализация миоматозных узлов. Наиболее часто воспалительные заболевания гениталий в анамнезе имели пациентки с простой миомой (24,07%) против 12,03% женщин с пролиферирующей миомой матки. Клинические проявления простой миомы в репродуктивном возрасте: длительное бессимптомное течение при небольших размерах, подбрюшинно – межмышечная локализация и мед-

ленный рост узлов (51,8%), боли в нижних отделах живота отмечали 26,2% женщин. Пролиферирующая миома в репродуктивном возрасте характеризовалась быстрым ростом (66%), более частыми патологическими маточными кровотечениями (31%) с развитием легкой и умеренной степени анемии (27%).

Таким образом, анализ результатов органосохраняющего хирургического лечения больных лейомиомой матки свидетельствует о целесообразности и эффективности выполнения микроинвазивных оперативных вмешательств у молодых женщин, что создает благоприятные условия для дальнейшей реализации репродуктивной функции.

## Литература

1. Ботвин М.А. Оперативное лечение миомы матки (консервативная миомэктомия) // М.А. Ботвин, И.С. Сидорова, Т.Д. Гурьев // *Акушерство и гинекология*. – 1997. №3 – С.12-15.
2. Вихляева Е. М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М., 2004. – С. 396.
3. Кулаков В. И., Адамян Л. В., Аскольская С. И. Гистерэктомия и здоровье женщины. – М., 1999. – С. 275.
4. Кулаков В. И., Адамян Л. В., Мынбаев О. А. Оперативная гинекология – хирургические энергии. – М., 2000. – С. 405.
5. Савельева Г. М., Бреусенко В.Г., Каптушева Л. М. Гистероскопия. – М., 1999. – С. 88
6. Сидорова И. С., Гурьев Т. Д., Овсянникова Т.В. // *Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения)* / Под ред. И. С. Сидоровой. – М., 2002. – С 349.
7. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. – М., 2000. – С. 380.
8. Терешкина Е.Б., Бокина И.С., Савушкина О.К., Бурбаева Г.Ш. Особенности личности женщин репродуктивного возраста после хирургического лечения миомы матки. // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2001. – №7 – С. 51-53. 2. Савицкий Г.А. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии) / Г.А.Савицкий. – СПб.: ЭЛБИ, 2000. – 236с.
9. Пальцев М.А., Иванов А.А. Межклеточные взаимодействия // М., 1995
10. Adesanya O.O., Zhou J., Bondy C.A. // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 1996. – Vol. 81 – P.1967-1974.
11. Banaczek Z. Intravenous leiomyomatosis of the uterus / Z.Banaczek, M.Wozniak, J.Grzesczyk // *Gynecol. Pol.* – 2003. – V.74, N 2. – P. 159 – 161.
12. Cooper K. G., Jack S. A., Parkin D. E. et al. // *Br. J. Obstetr. Gynaecol.* – 2003. – Vol. 110, N 1. – P. 87.
13. Christian R. Les fibromes et leurs chirurgies / R. Christian // *Gyn. Obs.* – 1997. – N 363. – P. 4-5, 7.
14. Dieben T. O., Roumen F. J., Apter D. // *Obstetr. and Gynecol.* – 2002. Vol. 100. – P. 585 – 593.
15. Jeffrey J., Armeja J., Birch C. et al. // *J. Obstetr. Gynaecol. Can.* – 2003. – Vol. 25, N 5. – P. 396 – 418.
16. Laparoscopic myomectomy fertility results / J.B.Dubuisson, C.Chapron, A.Fauconnier, K.Babaki – Fard // *Ann. N Y. Acad. Sci.* – 2001. – N 943. – P. 269-275.